

高尾駅南口皮フ科 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (歳) ※15歳未満の方は体重をご記入下さい。 (kg)
お名前		
ご住所	(〒 -)	
自宅電話番号	()	
携帯電話番号	()	

・本日『マイナ保険証』を利用されましたか？ はい · いいえ

上記で『はい』の場合、診療情報取得に同意しますか？ はい · いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

1. 本日診察を希望される部位を右図に○で囲んで下さい。

・ 本日はどのような症状ですか？

[Redacted area for symptoms]

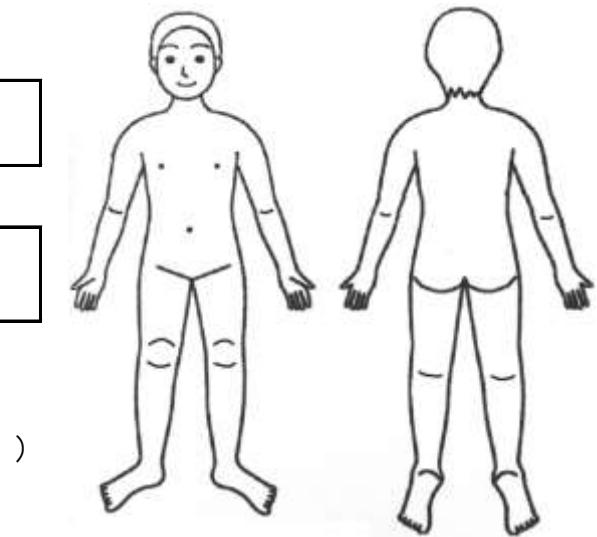
・ 症状が出てきたのはいつからですか？

[Redacted area for onset date]

2. その症状で他の医療機関を受診したことはありますか？

ない · ある · 現在治療中

(医療機関名 :



3. 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

ない · ある (受付へご提出ください)

4. これまで現在に、かかった病気、通院中の病院等ありましたら○で囲むか、ご記入下さい。

緑内障 気管支喘息 透析中 高血圧 心臓病 脳梗塞 糖尿病

肝臓病 腎臓病 花粉症 アトピー性皮膚炎 植え込み式ペースメーカー

その他 (

病院名 (

5. 現在、市販薬も含め常用されている内服薬及び外用薬があればご記入下さい。

内服 (

外用 (

6. これまでお薬でアレルギー症状等、合わなかつたものがあればご記入下さい。

()

7. この1年で『特定健診』または、『高齢者健診』を受診されましたか？

はい · いいえ · わからない

8. 女性の方へ

妊娠中ですか？(はい (第週) · いいえ) 授乳中ですか？(はい · いいえ)